

En stark och betydelsefull händelse

Barnmorskors upplevelse av att arbeta med planerad hemförlossning

FÖRFATTARE	Maria Ahl Anki Asklund
PROGRAM/KURS	Barnmorskeprogrammet, 90 högskolepoäng/ Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ingela Lundgren
EXAMINATOR	Helena Lindgren

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa



Sahlgrenska akademin



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Vi vill å de varmaste tacka de fyra barnmorskor som deltog och möjliggjorde vår studie. Deras tankar och upplevelser var såväl tankeväckande som inspirationsgivande för oss som blivande barnmorskor. Vi vill även tacka Ingela Lundgren för att alltid hållit dörren öppen, ett aldrig sinande tålamod, och för den feedback som drivit arbetet framåt.

/Anki och Maria

Titel (svensk):	En stark och betydelsefull händelse- Barnmorskors upplevelse av att arbeta med planerad hemförlossning
Titel (engelsk):	A powerful and meaningful event- Midwives experiences of working with planned homebirths
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Barnmorskeprogrammet/ examensarbete i reproduktion och perinatalhälsa/ RPH 100
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	40 sidor
Författare:	Maria Ahl Anki Asklund
Handledare:	Ingela Lundgren
Examinator:	Helena Lindgren

SAMMANFATTNING

I Sverige är det en kvinna på tusen som väljer planerad hemförlossning. Med planerad hemförlossning menas en förlossning som planeras ske i det födande paret hem med stöd av en legitimerad barnmorska eller läkare. Då hemförlossning idag inte ingår i det svenska hälsovårdssystemet får kvinnan själv se till att ordna ett avtal med barnmorska eller läkare och även bekosta vården själv. Det finns forskning om hemförlossning i relation till medicinsk säkerhet och kvinnors upplevelser. Vidare finns ett fåtal studier om barnmorskor som bistår vid hemförlossning dock inga från Sverige. Syftet med denna studie var därför att beskriva barnmorskors upplevelse av att arbeta med planerad hemförlossning i Sverige. En fokusgruppsintervju utfördes med fyra barnmorskor som arbetar med planerad hemförlossning. Intervjumaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet presenteras i fyra huvudkategorier. *Förlossningen som en betydelsefull händelse* där barnmorskorna beskriver förlossningen som en stark upplevelse för såväl det födande paret som barnmorskan. *Ostördhet* som innefattar vikten av ostördhet för såväl den födande kvinnan som barnmorskan. *Att få utöva hantverket* som innebär möjligheten att använda sig av och utveckla det traditionella och praktiska yrkeskunnandet. *Att vara utanför sjukvårdssystemet* som innebär konsekvenser för barnmorskornas arbetsvillkor.

Nyckelord: barnmorska, upplevelse, planerad hemförlossning

ABSTRACT

In Sweden one in 1000 women chooses planned homebirth. The definition of a planned homebirth is a birth that is planned to take place at home with support from a registered midwife or physician. Planned homebirths are not included in the Swedish healthcare system. The woman has to make a deal with a midwife or a physician, and pay for the care herself. There is research about homebirth related to medical safety and women's experiences, however only a few studies about midwives experiences of working with homebirth, and none of them from Sweden. The aim of this study was to describe midwives experiences working with planned homebirth. One focus group interview was conducted with four midwives with work experiences of planned home births. The interview were analysed with content analysis. The result is presented in four categories. *The delivery as a meaningful moment* where the midwives describes the delivery as a powerful experience for both the becoming parents and themselves. *Privacy* including the importance of privacy for both the woman giving birth and the midwife. *To practice the craft* that means the ability to use and develop the traditional and practical professional skills. *Not to be part of the healthcare system* causing consequences for the midwives working conditions.

Keywords: Midwife, experience, planned homebirth

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	sida
INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
HISTORIK.....	1
VÅRDORGANISATION.....	2
BARNMORSKANS KOMPETENS.....	3
TEORETISK REFERENSRAM.....	4
Stöd.....	4
Empowerment.....	5
HEMFÖRLOSSNING EN RISK ELLER MÖJLIGHET.....	6
SVENSKA KVINNORS UPPLEVELSER VID HEMFÖRLOSSNING.....	8
BARNMORSKORS SYN PÅ HEMFÖRLOSSNING.....	9
PROBLEMFORMULERING.....	11
SYFTE.....	11
METOD.....	11
FOKUSGRUPPER.....	12
INNEHÅLLSANALYS.....	12
URVAL.....	13
DATAINSAMLING OCH ANALYS.....	13
ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	15
RESULTAT.....	15
FÖRLOSSNINGEN SOM EN BETYDELSEFULL HÄNDELSE.....	16
OSTÖRDHET.....	17
ATT FÅ UTÖVA HANTVERKET	21

ATT VARA UTANFÖR SJUKVÅRDSSYSTEMET.....	25
DISKUSSION.....	26
METODDISKUSSION.....	26
RESULTATDISKUSSION.....	28
VIDARE FORSKNING.....	34
KONKLUSION.....	34
REFERENSER.....	35
BILAGOR	
BILAGA 1	
BILAGA 2	

INLEDNING

Vi har i detta arbete valt att undersöka hemförlossning och barnmorskors upplevelse av att bistå vid hemförlossning. Med planerad hemförlossning menas i detta arbete att kvinnan under sin graviditet tagit kontakt med legitimerad barnmorska för planering av förlossning i hemmet. Där barnmorskan sedan är närvarande och ger stöd under förlossningen.

Valet av ämne för denna uppsats väcktes efter en föreläsning om hemförlossning inom barnmorskeprogrammet och vi var nyfikna på fenomenets förekomst och barnmorskors upplevelse av arbetet med detsamma. Hemförlossning är inget någon av oss stött på under den verksamhetsförlagda utbildningen men vore något vi tror skulle berikat våra upplevelser av förlossningsvård.

BAKGRUND

HISTORIK

Förlossningen skedde förr i slutna rum som ansågs tillhöra kvinnors sfär. Barnmorskor eller hjälpkvinnor har alltid funnits och finns beskrivna i texter från Kina cirka 2500 år f.Kr. och även i skrifter från antikens Grekland. På 1200- talet utbildades läkare och barnmorskor i Frankrike och redan på 1500- talet skrevs det läroböcker i förlossningskonst. Till Sverige kom den nya förlossningskonsten först på 1600- talet och när förlossningsvården så småningom flyttade in på sjukhusen blev den läkarnas ansvar. Från att förlossningar nästintill enbart hanterats i hemmen fram till 1800- talets slut, övergick vi i Sverige långsamt fram till 1940- talet att flytta över förlossningsvården till institutioner (1). Även barnmorskor valde att söka sig till den sjukhusledda förlossningsvården, där de fick närhet till kollegor och reglerade arbetstider (2). Under 1940-talet började den förebyggande barna- och mödrahälsovården att byggas ut, vilket ledde till minskad barna- och mödradödlighet. Hemförlossning i offentlig regi försvann i Sverige på 1960- talet. Fram till idag har förlossningsvården på sjukhus utvecklats mycket, och innefattar mycket mer teknisk apparatur för att undvika eventuella risker för barn och mor (3).

Under 1970- talet startade den alternativa förlossningsrörelsen i USA som en reaktion på att förlossningsvården blivit alltmer centraliserad och medikaliserad. Syftet var att betona det naturliga i att föda samt att ge de blivande föräldrarna ett alternativ att själva kunna vara med och bestämma över sin förlossning. Ett led i detta var att det startades tre ABC-center i Sverige, (Alternative Birth Care) vilka var barnmorskeledda enheter som förespråkade naturlig födsel med begränsad användning av smärtlindring och medicinsk teknik (4,5). Dessa är dock avvecklade idag (5).

VÅRDORGANISATION

I Sverige och i flera andra länder i västvärlden sker idag de flesta förlossningar på sjukhus. Men det finns i flera höginkomstländer en hemförlossningsvård som ingår i sjukvårdssystemet som ett alternativ för kvinnan. I Holland exempelvis sker cirka tjugotre procent av alla förlossningar i hemmen (6). Friska kvinnor med normal graviditet förutsätts där att föda i hemmet med hjälp av barnmorska från mödravårdsmottagning. Skulle kvinnan välja att föda på sjukhus utan att någon medicinsk orsak föreligger, får hon istället betala en avgift (7). I Kanada sker cirka tre procent av alla förlossningar i hemmet och där ingår också hemförlossning i hälso- och sjukvårdssystemet för kvinnorna, vilket innebär att de kvinnor som är friska och har en normal graviditet har möjlighet att välja vart de skall föda sitt barn (8). Danmark har något fler hemförlossningar än i Sverige och i England sker cirka två procent av alla förlossningar i hemmet (9,10).

Då hemförlossning idag inte ingår i det svenska hälsovårdssystemet så har de kvinnor, en på tusen som väljer hemförlossning, en mycket liten möjlighet att rekrytera en barnmorska. Det finns ungefär tjugofem hemförlösande barnmorskor i landet att tillgå. Flera av dessa arbetar även inom förlossningsvård på sjukhus så de är inte alltid tillgängliga när kvinnan ska föda (11). Om kvinnan önskar hemförlossning får hon själv se till att ordna ett avtal med barnmorska eller läkare och även bekosta vården själv (4). Undantaget för Stockholms läns landsting, där bidrag kan sökas som bekostar hemförlossningen för omföderskor om de uppfyller vissa kriterier (9).

Socialstyrelsen anser att frågan om hemförlossningar är kontroversiell inom modern förlossningsvård och år 2005 avvecklades den författning som reglerade verksamheten och har sedan inte ersatts av någon ny författning (4).

BARNMORSKANS KOMPETENS

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (12) skall barnmorskans arbete bygga på vetenskap, beprövad erfarenhet och utföras enligt gällande författningar. Patienterna skall få en såväl sakkunnig som omsorgsfull vård. Vården skall utformas och genomföras i samråd med patienten efter dennes önskemål. Barnmorskan skall utifrån sin kompetens ha förmåga att självständigt handlägga en normal graviditet, förlossning och eftervård. Vad som innefattar en normal förlossning är debatterat och det finns ingen standardiserad definition för det (13). Världshälsoorganisationen, WHO (13) definierar normal förlossning som följer, under graviditeten finns inga riskfaktorer som kan påverka förlossningens förlopp eller utfall. Vidare skall det vara enkelbörd med huvudbjudning, och förlossning skall ske från graviditetsvecka 37+0 till 41+6 med spontan värkstart. Förlossningsförloppet inklusive efterbördsskedet skall fortlöpa utan komplikationer, och efter förlossningen skall såväl mor som barn må väl (13). Under förlossningen skall barnmorskan ha förmåga att kunna identifiera och bedöma eventuella avvikelser från normalförloppet samt ge stöd, trygghet och kontinuitet. Genom ett etiskt förhållningssätt skall barnmorskan visa respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet samt visa öppenhet för olika värderingar (12). Enligt det internationella barnmorskeförbundet, ICM:s etiska kod (14) skall barnmorskan vara lyhörd för kvinnans psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov. Varje kvinna har rätt att själv göra informerade val samt aktivt delta i beslutsfattande om sin egen vård, den egna och familjens hälsa samt få stöd i dessa beslut av barnmorskan (14). Barnmorskan ska handla utefter sitt professionella ansvar oavsett plats för förlossningen (2).

TEORETISK REFERENSRAM

Vi har valt att använda begreppen stöd och empowerment.

Stöd

Stödet är en av barnmorskans viktigaste uppgifter och är en viktig variabel för kvinnans förlossningsupplevelse (15). Syftet med den stödjande funktionen är att stärka kvinnan och partnern (16). Förlossningen är en central livshändelse som kan påverka hur kvinnan knyter an till barnet, det framtida välbefinnandet för dem båda och relationen till partnern. Det är av stor vikt att förlossningsupplevelsen blir positiv (16). Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (12) bör barnmorskan ha förmåga att ge stöd, trygghet och kontinuitet vid förlossning.

Stödet från barnmorskan innebär att hon är tillgänglig, närvarande både fysiskt och psykiskt och stödjande utan att styra situationen (17,18). Lundgren (15) skriver att konsten för barnmorskan är balansgången mellan att lyssna till kvinnans önskan, och samtidigt ingripa och styra kvinnan där situationen kräver, för att undvika att kvinnan tappar kontrollen. Hon skriver vidare att detta kan liknas vid att barnmorskan är en förankrad följeslagare. Barnmorskan bör i sitt stöd vara trygg och förankrad i sin kunskap kring barnafödandet samtidigt som hon är följsam och lyhörd vad gäller kvinnans behov och önskningar. Relationen mellan kvinnan och barnmorskan bör vara förtroendefull vilket kan leda till tillit och trygghet, och att kvinnan vågar ge sig hän och lita till sin egen kropp och sin förmåga att kunna föda (15).

Kvinnans behov av kontinuerlig närvaro under förlossningsförloppet har i studier visat sig öka ju närmre födandet kvinnan är. Stödet kan ges av olika personer, men det är när kvinnan erhåller kontinuerligt stöd som positiva effekter visat sig (15,19). I studien av Hodnett et al (19) visar resultatet att kontinuerligt stöd under förlossning har flera fördelar, såsom kortare förlossningsförlopp, minskad användning av smärtlindring, färre instrumentella förlossningar, fler spontana förlossningar och positivare förlossningsupplevelser. Att ha skapat lugn och trygghet genom stöd är även positivt för barnmorskan då det underlättar för henne att vara lyhörd inför förändringar under förlossningsprocessens skeenden (18).

Stödet barnmorskan ger kan innefatta praktiskt stöd, som att se till att kvinnan har det bekvämt och att hon har det hon behöver. Att ge råd och informera om progressen under förlossningens gång ingår också. Men det kan även vara att uppmuntra och vara närvarande, alltså vara ett emotionellt stöd. Vidare att vid behov vara kvinnans röst utåt och förmedla hennes önskemål (19).

Empowerment

Begreppet empowerment kan beskrivas som egenmakt, delaktighet, kapacitet och självtillit (20). Enligt Berg och Lundgren (21) innebär empowerment att barnmorskan skall agera för att stärka kvinnan både före och under förlossningsarbetet, för att kvinnan ska känna sig trygg i att hon klarar av förloppet och stärka hennes egna resurser. Det handlar om att stärka kvinnans självkänsla. Liknande beskrivningar har gjorts om empowerment i en begreppsanalys av Hermansson et al (22) utifrån barnmorskors och föräldrars erfarenheter och åsikter om begreppet. Empowerment beskrivs som en stöttande och stärkande funktion, för både kvinnan och mannen. Vilket innebär att barnmorskan skapar en tillitsfull relation, samt visar hängivenhet, omtanke, respekt och bevarar parets integritet. Vidare skall barnmorskan hjälpa de blivande föräldrarna att starta en process av medvetenhet och göra det möjligt för dem att reflektera över den pågående förändringen. Barnmorskan kan hjälpa paret att minska osäkerheten inför föräldrskapet genom att förbereda dem realistiskt, och stärka dem båda genom att få dem att våga vara delaktiga. Barnmorskan ska agera utifrån föräldrarnas egna resurser och livserfarenheter. Författarna skriver vidare att de olika delarna i begreppet empowerment är lika viktiga, det finns ingen hierarkisk ordning (22).

Förlossningsvården av idag ses till stor del ur ett medicinskt säkerhetsperspektiv vilket kan leda till att barnmorskor har svårt att fokusera på den naturliga processen, vilket kan resultera i ett misslyckande i tron på att kvinnans egna resurser räcker till. Detta kan bidra till ett lidande för kvinnan och ett steg tillbaka när det gäller att skapa empowerment (16).

HEMFÖRLOSSNING EN RISK ELLER MÖJLIGHET

Enligt Cheyneys studie (23) från USA mötte par som önskade föda hemma ofta skepticism från sin omgivning såsom föräldrar och vänner som ifrågasatte deras beslut. De möttes av anklagelser för att vara själviska, oansvariga och att de tog en onödig risk. Denna skepticism beskrivs också i en svensk studie (24) där kvinnor som fött hemma uppger att de mött på negativa uttalanden, främst från sjukvårdspersonal. En fråga som uppstår är om det innebär en ökad risk att föda hemma?

Det finns ett flertal studier (8,25,26) som jämfört det medicinska utfallet mellan genomförda planerade hemförlossningar och planerade sjukhusförlossningar. I studierna har såväl det perinatala utfallet såsom mortalitet och morbiditet hos barnet som förlossningsutfallet för den födande kvinnan undersökts.

För friska kvinnor med en lågrisk graviditet är det ovanligt med negativt perinatalt utfall (26). I en stor nationell holländsk studie (25) där 529.688 kvinnor ingick, visade resultatet inga signifikanta skillnader mellan planerad hemförlossning och sjukhusförlossning, avseende perinatal mortalitet och morbiditet bland kvinnor med lågrisk graviditet. Även en kanadensisk studie (8) visade att den perinatala mortaliteten var mycket låg och likvärdig oavsett födelseplats. Studien visade också att det var färre barn med negativt perinatalt utfall vid planerad hemförlossning, såsom behov av återupplivning vid födelsen, mekoniumaspiration eller inskrivning på barnkliniken i jämförelse med sjukhusförlossning. En nationell engelsk studie (26) visade att för friska omföderskor är det ingen skillnad mellan planerad hemförlossning, en barnmorskeledd enhet eller sjukhus som födelseplats. Däremot visar studien att för förstföderskor finns en ökad risk för negativt perinatalt utfall vid planerad hemförlossning. Det var även betydligt fler förstföderskor i jämförelse med omföderskor som under förlossningsarbetet vid en planerad hemförlossning fick transporteras till en obstetrisk enhet. I en annan holländsk studie (27) om risker vid hemförlossning jämfört med sjukhusförlossningar, visade resultatet en minskad risk vid hemförlossning gällande maternell morbiditet såsom postpartumblödning och manuell placentalösning.

De allra flesta normalförlossningar hos kvinnor kan ske utan medicinska interventioner (28). Men studier (8,26,28) visar att förlossningar på sjukhus leder till fler obstetriska interventioner under förlossningen i jämförelse med hemförlossning, vilket i sin tur kan leda till risker för onödiga komplikationer. Enligt Janssen et al (8) var det vanligare med negativt utfall hos modern såsom sfinkter ruptur, blödning eller kejsarsnitt. Interventionerna kan enligt Olsen (28) bero på såväl en större tillgänglighet av medicinska åtgärder som otålighet.

Även i Sverige har det genomförts en studie (29) som undersökte säkerheten vid planerad hemförlossning. I studien jämfördes sjukhusförlossning och planerad hemförlossning under åren 1992-2004 utifrån uppgifter i det svenska födelseregistret. Studien visade något högre perinatal mortalitet vid hemförlossningar, men ingen statistisk signifikans. I studiens undersökningsgrupper låg den perinatale mortaliteten på 2,2/1000 i hemförlossningsgruppen och på 0,6/1000 i sjukhusförlossningsgruppen. Dock visade ett nationellt prov under studietiden på en perinatal mortalitet vid enkelbördsförlossningar i fullgången tid på 2,5/1000 förlossningar. Hemförlossningsgruppen hade inga akuta komplikationer, de hade lägre risk för medicinska interventioner såsom kejsarsnitt och instrumentell förlossning. De hade även lägre risk för att drabbas av sfinkterruptur.

Enligt resultaten i studier av de Jonge et al (25) och Olsen och Clausen (28) kan det tolkas som att hemförlossning är ett säkert val i länder med välfungerande mödravård. Där det under en hemförlossning finns tillgång till utbildade kunniga barnmorskor, och att det finns en möjlighet till snabb transport till sjukhus vid eventuella komplikationer. Vid dessa förutsättningar bör kvinnor uppmuntras att själva välja födelseplats då det inte finns bevis för att favorisera någon plats för en normal förlossning för en frisk kvinna med en lågrisk graviditet (25,28). Studien från England (26) visade att för friska omfödelskor med tidigare normal förlossning, är hemförlossning ett säkert alternativ. Enligt WHO (14) bör kvinnans val av förlossningsplats respekteras, kvinnan bör föda där hon själv känner sig trygg och där kvinnan kan få en säker vård. För kvinnor med en lågriskgraviditet och förväntad normalförlossning kan detta vara såväl

hemma, på födelsecenter eller på sjukhus.

SVENSKA KVINNORS UPPLEVELSER VID HEMFÖRLOSSNING

Denna studie fokuserar på barnmorskors upplevelse av hemförlossning i Sverige. För att beskriva hemförlossning i Sverige ur ett vidare perspektiv, presenteras här studier som utifrån olika aspekter undersökt svenska kvinnor som valt att föda hemma.

Studier (30,31) visade att de par som valde att föda hemma hade en fundamental tro på kvinnans kropp och dess förmåga att föda. Paren trodde på den naturliga förlossningsprocessen. De hade också förtroende för sin intuition och att den skulle signalera om barnet mår dåligt. Paren var väl medvetna om riskerna med sitt val och övervägde noga sina val genom att värdera fördelar och nackdelar. De förberedde sig noga inför förlossningen. Deras val påverkades starkt av deras livsattityd, vilken genomsyrades av att det finns en mening med det som sker och till viss del är livshändelser oundvikliga, det finns inga garantier vid en förlossning oavsett var denna än sker. Dessa par var också starka i sin tro på att ta ansvar för sina egna liv (31).

Kvinnor beskriver hemförlossning med positiva ordalag (17,30). Vidare beskriver dessa studier hur kvinnor gavs möjlighet att föda ostört vilket gav en lugn och harmonisk födelseprocess. Det fanns inga störmoment utan de gavs utrymme att kunna gå in i sig själva och följa den naturliga processen, vilket gav en stärkande upplevelse som gav dem kraft. Att skapa ett personligt utrymme i hemmet innebar att kvinnan kunde vara sig själv både fysiskt och mentalt, och hemmet var enligt kvinnorna den självklara platsen för att kunna skapa den tryggheten (17).

Kvinnor som valde planerad hemförlossning beskriver att de upplevde stärkande dimensioner som kan beskrivas som empowerment. Dels fann de det inom sig själva genom en känsla av kontroll. Stärkande var också det stöd de fick efter sina individuella behov, på sina egna villkor (32). Den smärta och kraftansträngning som födandet innebar var större än något annat som de upplevt. Att kunna hantera denna situation gav kvinnorna en överväldigande kraft empowerment, och det var ett tillfälle för mognad (30,32).

Kvinnor beskriver också hur autonomin hade stor betydelse för den positiva upplevelsen av hemförlossning. Det innebär att ha en barnmorska som de valt själva och som de lär känna, och som arbetar utifrån parets villkor och önskningar (17,21,32). I studien av Lindgren et al (29) beskrevs förlusten av autonomi hos kvinnor som blivit tvungna att transporteras till sjukhus på grund av komplikationer. Att de blivit vårdade av okända barnmorskor som de själva inte valt, och att valmöjligheterna under förlossningsprocessen varit begränsade sågs som en risk. De kastades in i rutiner och interventioner som de själva inte var med och beslutade om och som upplevdes stressande.

Andra studier (30,31) visade att de risker paren såg med en sjukhusförlossning var en viktig faktor för beslutet att vilja föda hemma. De upplevde att vården var trångsynt utan individuellt perspektiv. Sjukhusvården styrdes av rutiner vilket medförde att de skulle bli störda och styrda av andra. Deras rädsla var att denna atmosfär skulle ha en negativ påverkan på förlossningsprocessen och kunna leda till komplikationer. Kvinnorna beskriver också att hälsovården har en negativ attityd till hemförlossning. Kvinnor beskrev hur de sökt stöd hos barnmorskor men inte fått någon hjälp, de fick söka den kunskap de behövde själva. Dock fanns det enskilda individer som var hjälpsamma. Kvinnorna upplevde sig därför ensamma med sitt beslut och kände sig straffade och dömda för sin annorlunda syn. De upplevde sig ansvarstagande då de ej fick stöd, vilket kunde kännas som ett tungt ansvar. Vilket ledde till att föda hemma ofta blev ett sent beslut (30).

Barnmorskors syn på hemförlossning

Vi har inte kunnat finna några svenska studier som belyser barnmorskors upplevelser av hemförlossningar. Dock finns det fyra studier (33,34,35,36) från England, Kanada, USA och Norge som berör barnmorskors attityder kring hemförlossning. I den engelsk studie (33) tillfrågades barnmorskor som arbetade i kommunen, då det var de som skulle bistå då en kvinna önskade föda hemma. I Norge arbetade de hemförlösande barnmorskorna privat, men fick ersättning för själva förlossningen (35).

I den kanadensiska studien (36) har läkare och barnmorskor svarat på frågor angående arbete

med hemförlossning och deras åsikter gällande säkerhet för kvinnor och barn i samband med hemförlossning. Det som hade störst påverkan på deras inställning till hemförlossning och som gav en positiv attityd var vilken undervisning de fått, vilken kunskap de hade i ämnet, samt vilka erfarenheter de hade. Desto mer de hade mött hemförlossningar under utbildningen samt i yrkeslivet ju positivare var de. Barnmorskorna diskuterade i större utsträckning med kvinnan om val av förlossningsplats, men detta förekom sällan då läkare utförde det förberedande samtalet. Majoriteten av barnmorskorna uttryckte att de ansåg hemförlossning som säkert för kvinnan och barnet till skillnad från läkarna. Båda grupper ansåg att de har evidensbaserad forskning till grund för sina yttranden.

Majoriteten av barnmorskor i studierna från England och USA (33,34) var positivt inställda till hemförlossning. Även i dessa studier var det undervisning, kunskap och erfarenheter från hemförlossning som hade störst påverkan på deras inställning. De yttre faktorer som påverkade om barnmorskan erbjöd hemförlossning eller ej kunde vara lagstiftning, stöd från omgivning, finansiering, tidsåtgång och oro över sitt anseende (33,34).

Hur barnmorskan upplevde förlossningen och viljan att bistå vid planerad hemförlossning berodde på vilket förtroende barnmorskan upplevde i sin egen yrkesroll. Det var korrelerat till förtroendet till den egna förmågan att agera vid komplikationer (33,34). I den engelska studien där barnmorskor var ålagda att bistå vid hemförlossningar inom ramen för sitt arbete som barnmorskor i kommunen, fanns beskrivningar av att de under hemförlossningar kunde känna sig isolerade och ensamma vilket ökade stress och oro. Det fanns också beskrivningar av barnmorskor om att de kände sig mer avslappnade och hade mer kontroll under en hemförlossning (33).

Barnmorskorna beskrev att en hemförlossning kan ha fördelar för såväl mor som barn. De beskrev att det kunde underlätta anknytningen mellan mor och barn, samt att det underlättade att etablera amningen. Förlossningen sågs som en stärkande upplevelse för kvinnan (33,34). Att föda hemma förbättrade födelseupplevelsen och förlossningen gick ofta lättare och var mindre traumatisk. Kvinnorna var mer avspända och lugna, och var mindre benägna att vilja ha smärtstillande. Barnmorskorna ansåg att alla kvinnor som önskade hemförlossning skulle ha

möjlighet att få detta, men de ville att kvinnan skulle förbereda sig väl, såväl mentalt som fysiskt (33).

I den norska studien (35) undersöktes hemförlösande barnmorskors värderingar. Resultatet visade en grundläggande värdering hos barnmorskorna, vilken var att de såg som sin essentiella uppgift att förebygga och skydda den födande kvinnan mot störande moment. De ville att kvinnan skulle få vara ostörd under förlossningen då kvinnor har behov av lugn, en privat sfär och en säker plats för att kunna öppna upp sig och ge sig hän i processen. För att kvinnan skall kunna vara fullt koncentrerad på födelseprocessen och gå in i sig själv, i sin inre värld. Detta för att få en normal förlossning då denna process var lätt att störa, vilket kunde leda till ineffektiva värkar och ett längre förlossningsförlopp.

PROBLEMFORMULERING

Det finns forskning om hemförlossning i relation till medicinsk säkerhet och kvinnors upplevelser. Även om hemförlossning inte ingår i den svenska hälso- och sjukvården finns det studier som belyser svenska kvinnors upplevelser av hemförlossning. När det gäller barnmorskors upplevelser har vi endast funnit enstaka studier och inga från Sverige. För att kunna förstå hemförlossning i Sverige är det av vikt att även undersöka hur barnmorskor ser på ämnet.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva barnmorskors upplevelse av att arbeta med planerad hemförlossning i Sverige.

METOD

I denna kvalitativa studie har en fokusgruppsintervju utförts, där resultatet analyserats med hjälp av innehållsanalys med en induktiv ansats.

FOKUSGRUPPER

Att använda sig av fokusgrupper innebär att samla data från en grupp människor som ger sin bild av en given frågeställning. Genom denna intervjuform undersöks oftast åsikter, attityder och idéer i en grupp. Optimalt för en fokusgrupp är fyra till sex personer för att det inte ska uppstå spänningar i gruppen eller bildas subgrupper (37). Intervjuerna kan vara strukturerade, ostrukturerade eller halvstrukturerade. Vid halvstrukturerade intervjuer kan deltagarna i gruppen diskutera med varandra men det är viktigt att intervjuerna styr in deltagarna på rätt spår om diskussionen blir alltför yvig. Wibeck (37) skriver att det kan finnas nackdelar med att vara allt för strukturerad och tydlig med sin frågeställning, då deltagande kan utelämna ämnen inom området som de kanske tycker har större betydelse än den fråga som ställts. Vid halvstrukturerad intervju har intervjuaren frågeområden, men lämnar utrymme för deltagarna att ta upp egna ämnen som är viktiga för dem. Det kan medföra att aspekter av ämnet som inte kunnat förutses berörs (38). Fokusgruppsintervju har en förmåga att få fram en större bredd inom ett ämne än om individuella intervjuer skulle gjorts (37). Deltagarna i gruppen kan såväl ifrågasätta som uppmuntra varandra till att prata och utveckla sitt resonemang (38). Intervjuerna skall vara medvetna om att där finns de som inte talar fritt om åsikter i grupp, och att det även finns de som blir för dominanta i samtalet (37).

INNEHÅLLSANALYS

Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av texter som exempelvis utskrift av bandade intervjuer, observationsprotokoll och dagböcker. Tolkningen kan ske på olika nivåer vilket gör den användbar inom olika forskningsområden (39). Det är en systematisk metod där både det synliga de självklara delarna (manifesta), och de underliggande (latenta) djupare meningarna av en text kan analyseras. I analysen skapas kategorier som beskriver fenomenet. På detta sätt fås en kondenserad men ändå bred beskrivning av fenomenet som ökar förståelsen och genererar kunskap (39,40). Inom kvalitativ forskning utgår sanningen från betraktarens ögon, sanningen är subjektiv. Texten bör ses i sitt sammanhang vilket innebär att analysen måste ske med en medvetenhet om att tolkning av den intervjuades berättelse utgår från tolkarens livsvärld (39). Innehållsanalys kan användas till såväl kvantitativ som kvalitativ data. Induktiv ansats innebär

att texten analyseras förutsättningslöst (39), genom att utgå från erfarenheter för att generera ny kunskap (38). Induktiv ansats rekommenderas om den tidigare kunskapen som finns om fenomenet är otillräcklig eller fragmenterad (40). Det vill säga, vi har en förförståelse inom det studerade området efter att ha läst olika studier om kvinnors upplevelser av hemförlossning men vi saknar studier om upplevelser från barnmorskor.

Vid innehållsanalys krävs att forskaren kan analysera och kondensera insamlad data samt skapa kategorier som speglar ämnet och täcker datan på ett tillförlitligt sätt. För att öka trovärdigheten skall analysprocessen och resultatet beskrivas detaljrikt, och på ett sådant sätt att läsaren får en klar förståelse över tillvägagångssättet så att studiens styrkor och svagheter blir synliga (39,40). Vad gäller överförbarhet skall författaren ge en tydlig beskrivning av kontexten, urvalet samt deltagarnas karaktäristiska, datainsamling och analysprocess. Genom att vara så tydlig som möjligt underlättar det för läsaren att avgöra om resultatet är överförbart eller ej (39,40).

URVAL

Urvalet bestod av barnmorskor som erbjuder hemförlossning i Sverige. Fyra barnmorskor tillfrågades om deltagande och alla valde att delta i undersökningen. Skriftlig information gavs till alla deltagare om syftet med studien (bilaga 1). De hade varierande erfarenheter inom barnmorskeyrket och varierande erfarenheter av hemförlossningar. De var alla kvinnor kring 30-55 års ålder. De hade arbetat från fyra till 27 år inom yrket, samt arbetat mellan tre och 23 år med hemförlossningar. De hade bistått från sex upp till cirka 80 hemförlossningar. Tre av barnmorskorna arbetar fortfarande med hemförlossningar, medan en av dem precis hade slutat och bytt arbetsinriktning. Samtliga deltagare har arbetat inom förlossningsvården på sjukhus, två av dem arbetar där i nuläget.

DATAINSAMLING OCH ANALYS

Datainsamlingen bestod av en halvstrukturerad fokusgruppsintervju med fyra barnmorskor. Intervjun utfördes i en av barnmorskornas hem i februari 2013. Närvarande var båda författarna samt handledare till författarna av denna studie. Intervjun varade i 78 minuter. Under intervjun

ställdes tre frågor till barnmorskorna, som på förhand bestämts för att få svar som motsvarade syftet med studien.

- Vad är det som gör att ni har valt att arbeta med hemförlossning?
- Hur upplever ni arbetsmiljön och risker i samband med hemförlossning?
- Hur är det att arbeta med hemförlossning jämfört med sjukhusförlossning?

Ingen av författarna har tidigare erfarenhet från intervju med fokusgrupp så arbetet delades med observationer gällande atmosfär och uttryck från deltagarna, samt frågeställningar till gruppen. Författarna inledde med första frågan och lät sedan diskussionen runt ämnet löpa fritt. Författarna valde att ställa fördjupande frågor för att föra samtalet vidare, samt att hålla fokus på barnmorskornas upplevelse. Deltagarna hade fått frågeställningarna i den forskningspersons-information (bilaga 1) de erhållit tidigare då de tillfrågats om deltagande i studien.

Intervjun spelades in i sin helhet och båda författarna transkriberade den ordagrant för att sedan jämföra och utesluta missuppfattningar av vad som sades under intervjun. Efter att författarna lyssnat igenom intervjun och läst igenom transkriberingen ett flertal gånger startades analysen av materialet. Elo och Kyngäs (40) skriver att forskaren måste bli helt och fullt förtrolig med texten, annars kan inga insikter eller teorier komma ur texten. Det krävs också av forskarna att de har en förkunskap för att kunna tolka texten i dess sammanhang (39). Vid analysen bearbetades hela materialet som en enhet och inte utifrån de förutbestämda frågorna som ställdes till barnmorskorna. Ur materialet extraherades textenheter som förkortades till meningsbärande enheter, vilka kan utgöras av enstaka ord, meningar eller stycken som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang. De meningsbärande enheterna kondenserades till koder som kan ses som etiketter på innehållet. Det centrala i texten skall bevaras utan att väsentligheter försvinner. Koderna organiserades efter gemensamt innehåll och sammanfördes under de kategorier som skapades (39). Kodernas organisering i kategorierna genomfördes i samråd med handledare. För att se exempel på hur materialet analyserats se tabell i bilaga 2.

ETISKA ÖVERVÄGANDE

Kravet på information, konfidentialitet, samtycke och nyttjande, är alla forskningsetiska krav som syftar till att skydda de individer som ingår i forskning. Dessa etiska krav har beaktats i studien. Vid forskning som involverar människor skall det enligt lag genomföras en forskningsetisk prövning. Dock finns det undantag såsom undersökningar som utförs inom en högskoleutbildning, som inte behöver granskas av någon forskningsetisknämnd (41).

Deltagarna i studien har fått en forskningspersons information (se bilaga 1) som beskriver syftet med studien och vilken ny kunskap den medför. Den beskriver också hur undersökningen kommer att gå tillväga och vad som förväntas av de personer som deltar. Vidare beskrivs att deltagandet i studien är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att skäl till avbrytande måste anges. Allt insamlat intervjumaterial kommer att spelas in och endast avlyssnas, transkriberas och analyseras av författarna med stöd av handledare. Materialet kommer att transkriberas anonymt för att inte röja undersökningspersonernas identiteten, efter analys av materialet kommer det att förstöras. För att säkerställa försökspersonernas anonymitet kommer inga obehöriga att få tillgång till materialet. Deltagarna i studien kommer att få möjlighet att ta del av den magisteruppsats undersökningen skall mynna ut i (41,42).

Då det är ett fåtal barnmorskor som arbetar med hemförlossning finns det en risk att de som deltar blir identifierbara. Nyttan med deltagandet är att de får möjlighet att belysa sin speciella arbetssituation, då det oss veterligen inte finns någon liknande studie. Enligt etikprövningsnämnden (42) bör det finnas en analys där eventuella risker för deltagarna i studien tas upp, men också nyttan deltagandet kan medföra.

RESULTAT

De intervjuade barnmorskorna hade haft olika inspirationskällor till valet att arbeta med hemförlossning såsom egen erfarenhet av att föda hemma, erfarenheter från annan vård i hemmet samt inspiration under barnmorskeutbildningen. Vidare under arbetet med analysen framträdde fyra huvudkategorier utifrån barnmorskornas upplevelser vilka var *förlossningen*

som en betydelsefull händelse, ostördhet, att få utöva hantverket samt att vara utanför sjukvårdssystemet. Varje huvudkategori har flera underkategorier som presenteras löpande i resultatet.

FÖRLOSSNINGEN SOM EN BETYDELSEFULL HÄNDELSE

Att förlossningen var en betydelsefull händelse för både kvinnan och barnmorskan beskrevs på olika sätt. Kvinnors valmöjlighet till var hon skulle föda sitt barn hade stor betydelse för hur hon skulle uppleva sin förlossning. Förlossningens möjligheter kunde leda till en positiv livshändelse för kvinnan och paret både existentiellt och livsomvälvande. Barnmorskorna beskrev också hur betydelsefull förlossningen kunde vara för dem själva.

Ge kvinnor valmöjlighet

Det upplevdes av samtliga intervjuade, att det var viktigt för kvinnor att få möjligheten att välja var de ville föda sitt barn, antingen på sjukhus eller i hemmet. Valet ansågs vara en mänsklig rättighet. De ansåg att det finns ett behov av hemförlossning, vissa kvinnor har en väldigt stark önskan att få föda hemma och kan inte tänka sig att föda på sjukhus av olika skäl.

Det är för att ge de kvinnorna möjlighet, som behöver föda hemma för att kunna föda egentligen, som behöver den tryggheten, eller den integriteten, eller få bestämma över sig själv.

Förlossningens möjligheter

Barnmorskorna ansåg att förlossningen var en unik och betydelsefull händelse för paret och kvinnan, en avgörande livshändelse såväl existentiellt som livsomvälvande. De upplevde även att få föda av egen kraft hade en stor utvecklingspotential för kvinnan.

Man förstår inte vilken otrolig potential det kan vara att få lov att föda sitt barn av egen kraft, och att som barnmorska få lov att vara

*med att stödja en sån process, att vara en faktor som kan påverka
att den här kvinnan går starkare fram igenom livet i sitt föräldraskap.
Liksom yes jag klarade det.*

Förlossningen som betydelsefull för barnmorskan

Förlossningen var också en betydelsefull händelse för barnmorskan. De ville få vara i stunden. En födelse hemma kunde beskrivas som ett gudomligt ögonblick som gav tillfredställelse. Det var en stark upplevelse att kunna vara en del av att kvinnan gick starkare genom livet. Just hemförlossningarna bar barnmorskorna med sig som en betydelsefull händelse för livet som de hade lätt att minnas jämfört med andra förlossningar. Hemförlossning gav en ytterligare dimension till att vara människa, en känsla av helhet och att vara ett i processen där allt hör ihop.

*...men en hemförlossning bär man ju med sig hela livet den finns
ju kvar, då hände de, sen var de så, sen kändes de sådär. Det är en
annan plats i medvetandet för att kunna ta in det. Jag tycker att jag
liksom absorberar den upplevelsen med hela min kropp.*

OSTÖRDHET

Hemförlossning innebar att de fick arbeta i egen takt utan yttre störmoment. Ostördheten innebar också att de kunde stötta kvinnan och paret fullt ut. Ostördheten vid hemförlossning upplevdes leda till att de hade större utrymme för det psykiska, fysiska och emotionella stödet. De hade positiva erfarenheter av ett ostört förlossningsförlopp. Att bara vårda en kvinna i taget gav dem möjlighet att stödja kvinnan fullt ut, vilket gav barnmorskorna en inre tillfredställelse. Barnmorskorna beskriver en tro på den naturliga förlossningsprocessen. Hemförlossning i jämförelse med en stressig miljö på sjukhus gav barnmorskan och kvinnan större utrymme till fokus på förlossningsprocessen.

Få arbeta i egen takt

Möjligheten att få arbeta i egen takt och att vara ostörd i sitt arbete, var centrala frågor för barnmorskorna och viktiga faktorer i valet att arbeta som hemförlösande barnmorskor. Det var

barnmorskan och paret som styrde arbetstakten och de slapp yttre störmoment. Avsaknaden av stressmoment som att någon knackar på dörren för att delge ytterligare en patient att ta hand om, alla mekaniska ljud eller kvinnskrik som finns på en förlossningsavdelning upplevdes som en befrielse. Vilket medförde att det var lättare att fokusera och upptäcka förändringar under förlossningen.

Det är ju så mycket lättare att bli avspänd för mig vid en hemförlossning, för jag vet att det kommer ingen och knackar på dörren. Alla ljud som är på en förlossningsavdelning har jag stört mig på det sista, lustgasen bsiiii, apparater, till och med termometern piper. Det är så mycket syntetiska ljud. Hur skall man få utrymme att kunna lyssna inåt. Höra hennes andning.

De hade dessutom större möjligheter till rast och vila under arbetspasset och därmed möjlighet för återhämtning och ny energi.

Stödja kvinnan fullt ut

Gemensamt för barnmorskorna var att de alla hade en övertygelse om att kvinnor kan föda naturligt och att förlossningen måste få ske på kvinnans villkor. De upplevde att det var enklare att vara barnmorska i hemmet där kvinnan var övertygad om att hon kan föda barn. Paret kan skapa en miljö i sitt eget hem där kvinnan känner sig trygg och att partnern därmed blir mer delaktig. De ville skapa de bästa förutsättningarna för kvinnan. Kvinnan kunde vid en hemförlossning slippa medicinska interventioner som kunde störa förlossningsprocessen. En barnmorska uttryckte att hon ville rädda kvinnor som tidigare haft dåliga upplevelser i samband med förlossning på sjukhus, från att behöva uppleva detta igen. Deras erfarenhet var att många kvinnor hade mycket att bearbeta under förlossningsprocessen och behövde mycket stöd. Kvinnor föder även med sitt psyke enligt barnmorskorna.

En mänsklig rättighet att få föda, att verkligen få föda sitt barn. Att

även få födas själv att bli mamma, eller till och med dem som blir kvinnor när de föder, som kanske inte ens är där innan, som behöver gå igenom så mycket. De är ju väldigt mänskliga rättigheter eller kvinnans rättigheter att få stöd, att verkligen få göra det fullt ut. Då är vi rätt när vi kan vara där, där allt får finnas med...även relationen.

Två barnmorskor berättade om en hemförlossning, som de gemensamt hade haft hand om, som hade dragit ut på tiden på grund av att värkarna avtagit. De menade att det var så mycket annat kvinnan behövde föda fram som bland annat hängde ihop med hennes relation till övriga familjemedlemmar. Hon behövde den tiden. Barnmorskorna menar att förutsättningarna för kvinnans rättigheter att få stöd fullt ut saknas på sjukhuset.

...på sjukhus hade man självklart tagit håll på hinnorna och kopplat dropp.

Tro på den naturliga processen

Barnmorskorna beskriver en tro på kvinnans förmåga att föda barn och de ansåg att hemförlösande barnmorskor måste ha det. De tyckte att i samhället i stort finns generellt ingen tro på kvinnans förmåga att föda utan många är rädda för riskerna.

Jag har hållit på i flera år och tänkt, rent vetenskapligt så finns det så mycket stöd nu för det som är min levda erfarenhet, nämligen att det här går väldigt bra för friska normala kvinnor.

Barnmorskorna uttryckte hur de ville låta födelseprocessen ha sin gång samt att i efterförloppet inte störa anknytningen mellan kvinnan och barnet. De uttryckte att det var kvinnans rätt att få föda sitt barn och inte bli förlöst. De uttryckte att det var en sorg vad kvinnor utsätts för på sjukhus. Desto mer erfarenhet de hade av hur kvinnor kan få ha det under en förlossning desto större blev denna sorg. Barnmorskorna upplevde en otålighet från såväl arbetsledning och kolleger på förlossningsavdelningen, vilket medförde onödiga interventioner. Det var styrda förlossningar med fokus på partogrammet vilket kan leda till att förlossningsprocessen stressas.

*Men patologi är det ju på sjukhus om förlossningen drar ut på tiden.
Då blir det plötsligt patologiskt. Men när mor och barn mår bra och
värkarna kanske avtar så kanske det är för att det behöver avta,
de behöver vila ett tag och så går det igång igen. Så där ser ju inte vi
det som patologiskt.*

Barnmorskorna menade att det på sjukhus fanns mycket rädsla att göra fel vilket ledde till att det lugn och den trygghet den födande behövde försvann. Vid efterförloppet stressades såväl föräldrar som barnet.

*Det är så få tillfällen under en livstid som är så avgörande och vi måste
distansera oss för att orka. Det är ju inte rätt mot barnet som föds
fram när man skall stressas i anknytningen, för vi måste få undan
så att vi kan ta emot nästa, annars knackar de på dörren. De är de
barnets födelse. Det är så det barnet kom så skall jag stressa på,
det är ett gudomligt ögonblick.*

Sällan eller aldrig upplevde de att det normala lyfts eller talats om på en förlossningsavdelning, under rondan fokuserades lärandet på komplikationer.

*...men vi kanske kan lära oss jättemycket av där det gick bra.
Hur kom det sig att det här fortsatte vara normalt, vad gjorde du,
vad var dina knep*

Stressig miljö på sjukhuset

Genomgående upplevde barnmorskorna att ostördheten var den viktigaste fördelen med hemförlossning i jämförelse med sjukhusförlossning. Behovet av att få arbeta ostört beskrevs på olika sätt men gemensamt var att de alla kände att dagens sjukhusförlossningar gav dem minskad möjlighet till att kunna ge ett optimalt stöd till de födande kvinnorna och deras partners. Ofta behövde de ha hand om flera födande samtidigt vilket resulterade i försämrat

fokus på de födande. De uttryckte att de hade svårt att räcka till. De fick inget gehör för att de inte klarade av fler patienter utan hade ofta för många. En barnmorska uttryckte hur hon på sjukhuset var beroende av andras beslut. Hon var tvungen att rapportera och få synpunkter och fick ibland även försvara sin handläggning av förlossningen, vilket gjorde att hon kände sig övervakad och arbetet blev osjälvständigt. Två barnmorskor beskrev att de inte orkade arbeta på sjukhus längre då de inte kunde fortsätta under dessa arbetsvillkor.

Som förlossningsvården är organiserad nu, så är jag tvungen att distansera mig till kvinnorna för att överleva överhuvudtaget och när jag ser kollegor som jag först tyckte var lite kalla, varför är dom inte inne hos kvinnorna... så förstår jag bättre nu att de är helt enkelt så utmattade... det finns inga mänskliga villkor där... det har inget med barnmorskeri att göra utan det är ju för farao fabrik... ovärdigt för både barnmorskor och de som föder

Barnmorskorna upplevde att på sjukhus tenderades den unika patienten att glömmas bort och man såg inte individen och dennes speciella behov. Det blev som ett löpande band av förlossningar. Delvis grundade det sig i de många rutiner som skulle följas. På sjukhuset så kände de inte det födande paret innan. De upplevde också i många fall en bristande respekt gentemot kvinnorna.

Vi är inte alls följsamma till just det unika i den här relationen mellan den här mamman och barnet. Varje kvinna och barnkonstellation är ju unik i sig och vi behandlar dem inom sjukvården som en norm, som ett löpande band, bara de är som alla andra

ATT FÅ UTÖVA HANTVERKET

Hemförlossning beskrevs ge barnmorskorna större utrymme för utveckling av sitt yrke.

De beskrev hantverket och hur det utvecklar dem som barnmorskor.

Hantverket

De upplevde att förlossningsvården på sjukhus idag suddar ut begreppet normalförlossning. Att

få uppleva vad det är som normalt sker under förlossningsprocessen försvinner, då kvinnan hela tiden blir störd. Vid en hemförlossning med mindre omfattande teknisk övervakning blir de tvungna att förlita sig mer på hantverket och på sin intuition. De upplevde att de i mindre utsträckning blir överraskade om något skulle hända under processen. De hade en tro på sitt yrkeskunnande. De fokuserade på det normala förloppet och hur det kunde stödjas på bästa sätt.

... på ett sjukhus är det sådant enormt brus så du har svårt att lyssna till din egen, intuition är ett konstigt ord, men till din barnmorskeprofession, till det du känner i dina händer, det du hör och det du upplever under tid. För passerar du tre fyra salar, kanske du tar emot flera möten på en kväll. Hur skall du då förhålla dig till just den här kvinnan och det här barnet som håller på att födas just nu

Vid en hemförlossning har de samma ansvar som de har på en förlossningsavdelning med kontinuerliga kontroller av både kvinnan och barnet. De ansåg att de kände sig trygga med var gränsen för patologi gick, och att de vet när det är dags att åka till sjukhus med kvinnan om komplikationer tillstötte.

Så länge allt är normalt så stannar vi hemma, och skulle det inte vara det så får vi ju åka in.

En barnmorska beskrev en situation när hon i tidigt skede beslutade att paret skulle åka in till sjukhuset på grund av att barnets hjärtljud var påverkat, men vid ankomst till avdelningen var hjärtljuden normala.

Om hon inte planerat en hemfödelse så hade detta aldrig registrerats för hon hade inte fått lov att komma till sjukhuset för hon var så tidigt i sitt förlossningsarbete

De gav även beskrivning om att gränsen för patologi var mycket luddigare på sjukhus eftersom man skapar onormala situationer.

*Det är jättetydliga kriterier, det som är normalt det är ju barnmorskans ansvar, det som inte är normalt det är inte barnmorskans ansvar.
Det är rätt intressant men på kliniken är det mycket suddigare för att man skapar onormala situationer.*

Den största risken anser dock samtliga barnmorskor skulle vara om kvinnan fick en stor blödning. De var dock väl förberedda på komplikationer med såväl mor som barn. De har alltid med sig medicinsk utrustning och läkemedel att ta till vid sådana situationer. Men ingen av barnmorskorna hade upplevt någon större blödning. De har dock stött på problem under förlossning som upplevts stressande. Det har funnits yttre omständigheter som påverkat patientsäkerheten, då det inte fanns möjlighet till transport av kvinnan.

Ett krångel var det en gång, henne skulle vi åkt in med om det var väglag till det. Det var isvägar, vi hade fått ta bandvagnar för att komma in den gången.

En barnmorska uttryckte även att det var skönt att ha eget ansvar och kunna styra sitt handläggande själv. På sjukhus upplevde de att de inte kunde arbeta som de ville. En barnmorska beskrev hur hon kände sig bakbunden då hon inte kunde arbeta på det sätt som hon med erfarenhet visste fungerade. Hon beskrev att hon inte kunde använda hantverket fullt ut. De beskrev också hur det upplevdes som en sorg att inte kunna få arbeta på bästa sätt. Barnmorskorna uttrycker att alla de medicinska interventioner som stör förminskar vissa delar av barnmorskans hantverk, vilket kan leda till att de blir en sämre barnmorska som i sin tur kan leda till att kvinnorna blir lidande.

Med medicinsk inriktning på en förlossning så blir du ingen bra

*barnmorska, för du lär inte känna barnet, du lär inte känna mamman,
vad händer dem emellan när hon har värkar. Hur långa är värkarna.
Hur påverkar de, utan då litar man till apparaturen*

Utvecklas som barnmorska

Barnmorskorna upplevde att hemförlossningar var mer lärorika och utvecklande då de fick använda fler dimensioner av sig själva när det inte fanns teknik att tillgå. De fick lära sig av att se det naturliga förloppet. En annan fördel vid hemförlossning var det kollegiala samarbetet. De var alltid två barnmorskor under förlossningens slutskede vilket gjorde att de kunde arbeta nära ihop, de kunde komplettera och lära av varandra.

*Hemförlossningar lär oss vad födande är för där styr vi inte. Vi lär
oss hur ett organiskt förlopp ser ut. Det ser vi inte på förlossningen
för där styr vi, så vi tappar vad som är normalt, vi suddar ut begreppet
vad är egentligen normalt, vad är det att föda*

En dimension av att utvecklas som barnmorska var att de behövde vara med följsamma och använda sin kropp för att stödja kvinnan. Vid hemförlossningar befann sig barnmorskorna i skiftande miljöer vilket ställde andra krav på dem. De beskrev att på sjukhus är sängen oftast den givna platsen för förlossningen, men att så är ej fallet vid en hemförlossning där kvinnan ofta varierar plats. Detta ansågs vara en fördel då arbetsställningarna inte blev så statiska och att arbetet därmed blev mer ergonomiskt.

*Det blir mycket mer enformigt på sjukhus, du har den sängen, den
höjden. I ett hem måste du vara mycket mer följsam själv*

ATT VARA UTANFÖR SJUKVÅRDSSYSTEMET

Barnmorskorna beskrev hur hemförlossning inte är accepterad inom sjukvårdssystemet och att arbetet leder till ofrihet i vardagslivet, har en påverkan på familjen samt drabbar deras ekonomi.

Att inte vara accepterad

Barnmorskorna upplevde att de har dåliga arbetsvillkor, vilka är faktorer som får dem att ifrågasätta sitt val att fortsätta arbeta med hemförlossningar. De beskev hur hemförlossning inte är helt accepterat inom svensk förlossningsvård och att det inte pratas öppet om det. I vissa delar av landet motarbetas hemförlossningar av landstingen. En barnmorska såg det som att landstingets ovilja att subventionera verksamheten användes som en utmattningsmetod för att verksamheten ska läggas ned. Kvinnor utsätts hellre för operationer än att de ska få välja födelseplats.

Den ena hade en förfärlig upplevelse förra gången, hon hade gått i Aurorasamtal hela graviditeten. Man hade lovat henne planerat kejsarsnitt, hon önskade det, men hon ville hellre föda hemma har hon kommit fram till nu. Det är väl intressant att de betalar gärna ett planerat kejsarsnitt, man betalar inte att hon vill föda hemma. Hellre att skära i hennemed alla de risker det kan ge och också ekonomiskt vad det kostar, än att hon ska få det här.

Ofrihet

Att arbeta med hemförlossning innebar långa jourer de närmsta veckorna runt beräknad födsel, vilket innebar att de måste vara tillgängliga och befinna sig inom rimligt avstånd för att kunna rycka in när det är dags. Detta kan kännas arbetsamt och de beskriver en frustration över sin arbetssituation. De upplever sig styrda av sitt arbete och de kan uppleva en ofrihet. Ofriheten kan innebära att bli hämmade i vardagslivet, där det finns mindre utrymme för spontanitet, t.ex. göra vad de önskade i stunden, roa sig eller åka på semester.

*...vara jour dygnet runt, vecka ut o vecka in, månad ut o månad in...
Herregud, det var en helt vit sommar, var det inte det, jag är inte den som dricker alkohol alls ofta men...
En vit sommar, jag tyckte jag hade tre vita år... ja men det är faktiskt en viktig dimension...*

Familjen påverkas

De långa jourperioderna kan påverka familjelivet negativt och de upplevde att de ibland svek sina familjer. En barnmorska beskrev att hennes egna barn kände sig bortvalda. Det kunde handla om att inte kunna ställa upp, missade födelsedagar eller dålig ekonomi. Arbetsvalet kan ha ett högt pris på bekostnad av familjen.

Nä nu går jag här och jourar, det känns ju förfärligt som ett offer och som ett stort svek mot min son och hans familj. Usch då tycker jag att det är förfärligt att hålla på med det här, då undrar jag vad jag håller på med.

Ekonomiskt ofördelaktigt

På grund av att verksamheten inte subventioneras och de långa jourtiderna blir det en liten ekonomisk ersättning för utfört arbete. De upplevde att deras arbete inte blev värdesatt. En barnmorska uttryckte att hon skämdes för att berätta för vänner hur dåligt hon tjänade.

Att behöva skämmas över att man får så lite betalt. Man vågar inte berätta, för folk tycker man är dum i huvudet. Varför jobbar du så lite och inte får ut någonting, är det någon affärsidé?

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva barnmorskors upplevelse av att arbeta med planerad hemförlossning i Sverige. Tidigare utförda svenska studier om barnmorskors upplevelser av hemförlossning har vi inte funnit. För att undersöka ämnet valde vi induktiv innehållsanalys som kvalitativ metod. Enligt Elo och Kyngäs (40) rekommenderas induktiv innehållsanalys vid studier av ämnen där det inte finns några tidigare studier gjorda. Även Henricsson (38) tar upp att kvalitativ innehållsanalys lämpar sig väl för att undersöka nya ämnen, samt att vid fokusgruppsintervjuer är det den vanligaste metoden. Vi anser att detta styrker vårt val av metod.

Vid datainsamling stod valet mellan enskilda intervjuer eller gruppintervju. Vid enskilda intervjuer hade vi haft möjlighet att fokusera mer på varje barnmorska och hennes unika upplevelse och kanske nått ytterligare djup i den enskildes upplevelse. Då det finns få barnmorskor som ägnar sig åt hemförlossning anses fokusgrupp vara en bra källa då materialet har större möjlighet till att få både djup och bredd då fler infallsvinklar kan skapas av deltagarna. Den största fördelen är gruppinteraktionen då det ger en såväl bred åsiktskarta som möjligheten att gå in på djupet (37,38). Vi var intresserade av att undersöka vad våra frågor väckte för tankar hos barnmorskorna, för att se vad som var av vikt för dem som grupp. Gruppinteraktionen medför att gruppmedlemmarna uppmuntrar och ifrågasätter varandra till att prata och förklara vidare (38). Vi upplevde att alla gruppmedlemmar kom till tals och att de hjälpte varandra att associera vidare i ämnet. Alla i gruppen fick därmed möjlighet att uttrycka sin åsikt utifrån flera olika aspekter då frågorna var vida och gav utrymme för det. I en grupp finns alltid risken att alla inte kommer till tals eller att vissa individer blir för tysta, vissa kan bli alltför dominanta, och det är då lätt att övriga i gruppen följer ledarens åsikt för att tillhöra gruppen (37). Vi anser att de frågor som ställdes var relevanta och begränsade och gav utrymme för gruppen att utveckla. Vid analysen beslutades att frångå de förutbestämda frågorna och istället bearbeta materialet i sin helhet, då svaren på frågorna vid flertalet tillfällen överlappade varandra. Detta förenklade analysen något utan att kontexten ändrades. Vi anser att genom att frångå frågeindelningen blev barnmorskornas upplevelser och synpunkter mer synliga i resultatet. Utifrån insamlad data och utförd analys anser vi att våra frågeställningar och vårt syfte inom kontext blivit uppfyllt. En svaghet med studien är att vi inte har beskrivit vår urvalsprocess så detaljerat. Detta är ett medvetet val då undersökningsgruppen är liten och vi vill värna om barnmorskornas anonymitet.

Enligt Graneheim och Hällgren-Lundman (39) utgörs trovärdigheten inom kvalitativ forskning utifrån giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet. Giltigheten innebär att det karaktäristiska lyfts fram av det som ska undersökas i studien. Hemförlossning samt sjukhusförlossning beskrivs i studien och skillnader mellan de båda variablerna. Trovärdigheten anses öka då författarna till studien är insatta i ämnet vilket leder till att tolkningen av analysen dessutom blir mer trovärdig. Genom att noggrant beskriva analysprocessen och också beskriva

de olika val vi gjort och varför ökar tillförlitligheten. För att tydligt visa sambandet mellan originaldata och resultat kan författare använda autentiska citat och tabeller, vilket stärker arbetets giltighet (39,40). I studiens resultat har vi till varje kod presenterat ett citat från intervjun, för att påvisa kopplingen mellan det insamlade materialet och det presenterade resultatet. Vi har också valt att bifoga en tabell (se bilaga 2) som visar exempel på hur vi har genomfört kodning och kategorisering för att öka studiens trovärdighet. Såväl Elo och Kyngnäs (40) som Graneheim och Hällgren-Lundman (39) skriver att genom att tydligt påvisa sambandet mellan insamlad data och presenterat resultat ökar studiens trovärdighet.

Då studien utgått från barnmorskors upplevelser anser vi att studiens resultat är överförbar till andra barnmorskor och vårdpersonal som arbetar med hemförlossning. Den anses också överförbar till sjukhusvård men måste då tolkas mot den vårdformen. Dock är det enligt Graneheim och Hällgren-Lundman (39) endast läsaren som kan avgöra om texten är överförbar till annan kontext eller ej.

RESULTATDISKUSSION

Analysen av intervjumaterialet ledde fram till fyra huvudkategorier: *förlossningen som en betydelsefull händelse, ostördhet, att få utöva hantverket samt att vara utanför sjukvårdssystemet*. Vi har valt att fokusera på tre av dessa i diskussionen, vilka presenteras nedan.

Förlossningen som betydelsefull händelse

Förlossningen som en betydelsefull händelse var en av de huvudkategorier som vi fann vid analysen. En komponent i denna kategori var att ge kvinnor valmöjligheten. Barnmorskorna ville ge kvinnor chansen till en förlossning i hemmet. De tyckte att det var en mänsklig rättighet och genom att få möjlighet till detta val skulle det i förlängningen kunna leda till en positiv förlossningsupplevelse för kvinnan och paret. Såväl Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (12) för barnmorskor som ICM's etiska kod (14) tar upp hur barnmorskan bör utforma vården efter kvinnans önskemål och vara lyhörd för hennes behov och vara öppen för olika värderingar. Den

positiva effekten av denna valmöjlighet beskrevs i studien av Sjöblom et al. (17) där kvinnor som valde att föda sitt barn i hemmet uttryckte hur autonomin och möjligheten att styra över förloppet, har varit betydelsefull för en positiv förlossningsupplevelse. Förlusten av denna autonomi beskrevs av kvinnor i Lindgrens studie (24) som en risk och stressfaktor, hos de som blivit tvungna att transporteras till sjukhus på grund av komplikationer under förlossningen.

I dagsläget är det få barnmorskor som erbjuder hemförlossning. En hemförlossning innebär en ansevärd kostnad för patienterna. Dessa faktorer medför att det finns kvinnor som mot sin vilja får föda på sjukhus, eller som väljer att föda hemma utan någon professionell hjälp (30). För de kvinnor som har en stark önskan att få föda sitt barn i hemmet, då det endast är där som förlossningprocessen har möjlighet att bli en betydelsefull händelse för dem, uppstår här en konflikt för barnmorskor gällande dagens regler inom vårt hälso- och sjukvårdssystem. Det är inte alla kvinnor som har möjlighet till detta val, både vad gäller ekonomi och tillgång till barnmorska som kan bistå. Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (12) för barnmorskor beskriver hur hon ska ha en helhetssyn och etiskt förhållningssätt gällande bland annat att visa omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet, värdighet och beakta patientens önskemål. Denna uppmaning kan barnmorskor inte tillgodose fullt ut så som förlossningsvården är reglerad idag. Socialstyrelsen (12) anser också att barnmorskan ska ha förmåga att kritiskt reflektera över befintliga rutiner och vid behov initiera och medverka till förändring av dessa. För barnmorskor angående hemförlossning, finns inte mycket utrymme för att påverka gällande regler. Relativt stora studier har gjorts angående säkerheten vid hemförlossningar, i dessa studier (27,28) menar författarna att det inte finns några övertygande bevis för att det skulle vara mer riskfyllt. Med tanke på den rådande situationen på flera av landets förlossningsavdelningar där det på flera håll rapporteras om hög arbetsbelastning, brist på bemanning och ekonomiska resurser, vilket har lett till brister i patientsäkerheten, är det märkligt att diskussionen förs om brist på patientsäkerhet vid hemförlossning. Idag tvingas barnmorskor på sjukhus ha hand om flera kvinnor åt gången som är i aktiv fas. Vid en hemförlossning är det fullt fokus på en kvinna under hela förloppet. Resonemanget om patientsäkerhet blir enligt vår åsikt därmed inte trovärdig. Det skulle vara intressant att få veta

hur beslutsfattarna ser på förlossningen som en betydelsefull upplevelse, och hur viktig den upplevelsen skall få vara för kvinnor och män i Sverige idag.

En underkategori som framkom var förlossningens möjligheter. Barnmorskorna i studien ansåg att om kvinnan fick föda av egen kraft hade det en stor potential att stärka henne. Tankar som de delar med andra barnmorskor och kvinnor som fött barn, då liknande beskrivningar finns i ett flertal studier (30,32,33,34). Barnmorskorna ansåg att själva förlossningsprocessen har en stor betydelse för kvinnan. Det tunga arbete och den smärta som det innebär att föda barn kan medföra en inre utveckling för kvinnan. Hon blir mamma och i vissa fall även kvinna. Detta styrks även i flera studier (23,30,32,43). Lindgren (32) och Lundgren (30,43) beskrev hur smärtan och kraftansträngningen som födandet innebar var större än något annat kvinnorna upplevt och att hantera denna situation gav dem en överväldigande kraft, empowerment och att det var ett tillfälle för mognad och ökad självkännedom. Detta kunde ge styrka att klara de nya kraven föräldraskapet medförde. Cheyne (23) beskrev att denna känsla inte var någon engångs-upplevelse utan blev en del av modersidentiteten och påverkade kvinnornas syn på föräldraskapet (23).

Ostördhet

Ostördhet var något som barnmorskorna i studien ofta återkom till, såväl ostördhet för den födande kvinnan som ostördhet för dem själva. Ostördhet var den faktor som framhölls som den mest positiva fördelen i arbetet med hemförlossningar. Den stressiga miljön på sjukhus gjorde att barnmorskorna kände sig otillräckliga. Där fanns inget gehör för att de inte orkade med att ta hand om fler patienter, utan de tvingades ha hand om flera patienter samtidigt. I en svensk studie (44) vittnar barnmorskor i förlossningsvården om hur de under de senaste 20 åren fått en allt högre arbetsbelastning, med en mer stressig arbetsmiljö som lett till sämre arbetstillfredsställelse. Enligt Hildingsson et al. (45) är den vanligaste anledningen till att barnmorskor i Sverige idag, framförallt de yngre med färre år i yrket, känner sig utbrända är bristen på personal, resurser och stressig arbetsmiljö. Vidare är orsaker till känsla av utbrändhet

bland annat bekymmer om framtiden, lön, den egna hälsan och negativa upplevelser från kritiska situationer.

Barnmorskorna hade en tro på den naturliga processen vilket innebar en tro på att kvinnor kan föda barn och bör få göra det i egen takt utan onödiga interventioner. Barnmorskorna upplevde att det var lättare att arbeta med hemförlossning, då de kvinnor som valde hemförlossning hade en tro på sig själv att klara av förlossningen. Detta beskrivs även i en studie av Lundgren (30) som bland annat beskriver kvinnors upplevelse av att föda hemma. Dessa kvinnor beskriver en tro på sig själva och sin kropps förmåga att föda. De intervjuade barnmorskorna i denna studie upplevde att det i allmänhet saknas tro på kvinnors förmåga att föda barn. Denna upplevelse delas med andra barnmorskor som beskriver att den moderna kvinnan inte har samma tro på den naturliga förlossningsprocessen och har sämre tilltro till sin kropps förmåga, och att det idag är vanligare med förlossningsrädsla (44). Detta kan vara något att fundera kring, inte minst i det förebyggande arbetet med gravida kvinnor inför förlossning.

Larsson et al (44) beskriver att en kultur som domineras av säkerhetsfrågor har vuxit fram bland främst nya barnmorskor inom förlossningsvården, där medicinsk teknik används i förebyggande syfte för att vara på den säkra sidan. Vilket barnmorskorna i denna studie beskrev med att allt säkerhetstänkande och rädsla för att göra fel vid förlossning var något som styrde förlossningsvården på sjukhus. Väldigt sällan eller aldrig upplevde de att det normala lyftes på en förlossningsavdelning. Lärandet fokuserades utifrån komplikationer. Detta skriver också Berg och Lundgren (16) att det kan försvåra för barnmorskan att fokusera på kvinnan.

Barnmorskorna ansåg att även de födande kvinnorna hade behov av att få vara ostörda. De delar sina tankar med en grupp hemförlösande barnmorskor i Norge, som dessutom ansåg att fördelen med hemförlossning är att kvinnan får föda i sin egen takt, på en för dem lugn och säker plats (35). Studier som undersökt kvinnors motiv och tankar kring planerad hemförlossning är ett av skälen att få lov att föda i lugn och ro utan att inte bli störd (17,24,30). Kvinnor som fött hemma har beskrivit att miljöfaktorer som en varm atmosfär och tystnad var stärkande för dem. Händelser under förlossningen som kan verka obetydliga för andra kan vara mycket störande för dem som födande, till exempel menande blickar barnmorskor emellan eller

att någon knackar på dörren (32). Utifrån dessa resonemang kan man förstå barnmorskornas tanke med att det är svårt att inte störa kvinnorna som föder på sjukhus, eftersom barnmorskan där generellt har flera födande kvinnor att gå emellan. Hur skall barnmorskan då veta vart i processen kvinnan är och när det är passande att undersöka kvinnan eller liknande. Bara att barnmorskan går ut och in i rummet kan bli störande för kvinnan och då troligen även störande för förlossningsprocessen. I den norska studien (35) om hemförlossning frågade sig författarna om den grundläggande värdering att bevara lugn och ostörd miljö som alla de hemförlösande barnmorskorna i deras studie delade, kunde vara en faktor till färre interventioner under hemförlossningar.

Att stödja fullt ut var ytterligare en underkategori till ostördhet i studiens resultat. Att kunna ge kvinnan det stöd hon behöver fullt ut gav barnmorskorna en inre tillfredställelse och de blev frustrerade när det inte var möjligt. Hodnett et al (19) beskriver i sin studie hur det kontinuerliga stödet leder till positiva effekter som kortare förlossningsförlopp, minskad användning av smärtlindring, färre instrumentella förlossningar, fler spontana förlossningar och positivare förlossningsupplevelser. En av orsakerna till att kvinnor väljer hemförlossning är att de vill ha en barnmorska som de valt själva och som de lär känna, en barnmorska som arbetar utifrån deras önskemål och behov, och inte efter en mall (16,17,24,32). Enligt Cheney (23) är en förtroendefull relation mellan kvinnan och barnmorskan essensen för en stärkande förlossningsupplevelse och grundbulten i barnmorskans vård. Att skapa en trygg, intim och förtroendefull plats tillåter kvinnan att känna sig bekväm, ge sig hän åt värkarnas kraft och lyssna på sin inre röst. Barnmorskan kan förmedla en känsla av trygghet då hon vakar över kvinna och barn, vilket kan minska rädsla och göra förlossningsvärkar mer uthärdliga (23). Kvinnor beskriver att stödet de fick efter sina individuella behov, på sina egna villkor var stärkande. Andra kvinnor som inte fått den guidning som de upplevde att de behövde beskriver en kraftlöshet och att de då var redo att ge upp (32). Att ha skapat lugn och trygghet genom stödet kan vara positivt även för barnmorskan då det underlättar att upptäcka förändringar under förlossningsprocessens skeenden (18). Vilket vi anser talar för att om barnmorskan skall kunna ge stöd och guidning när kvinnan behöver det som mest, så behöver hon få tid att finnas

hos kvinnan under förlossningens gång för att skapa en nära kontakt med kvinnan för att kunna upptäcka behovet. Att få möjligheten att lära känna paret och kvinnan innan förlossningen möjliggör för barnmorskan att få veta parets förväntningar och önskemål. Kanske ger detta också ökade möjligheter att stödja fullt ut?

Att få utöva hantverket

De intervjuade barnmorskorna var eniga om att begreppet normalförlossning håller på att suddas ut i dagens förlossningsvård. Få barnmorskor får uppleva vad det normala skeendet är under en förlossning. På sjukhusens har gränsen mellan det normala och patologiska blivit allt mer luddigt, eftersom onormala situationer skapas med olika interventioner. En barnmorska beskrev hur hon kände sig baktunden då hon enligt regler och PM inte fick arbeta på det sätt hon med erfarenhet visste fungerade. Vilket styrks av Larsson m fl (44) som beskriver hur klinikens rutiner begränsar barnmorskans beslutsfattande. Vidare beskrivs att barnmorskans yrkesroll har blivit allt mer begränsad och barnmorskor har allt mindre inflytande över förlossningen, då andra professioner har fått större inflytande inom barnmorskans område.

Barnmorskorna beskrev hur arbetet med hemförlossning fick dem att utvecklas som barnmorskor. De upplevde att all teknik och medicinska interventioner som sker i sjukhusmiljön gör att barnmorskor förlitar sig på dessa och använder sig allt mindre av hantverket och därmed riskerar att bli sämre barnmorskor. Liknande resultat presenteras i en svensk studie (44) där de undersökte hur erfarna barnmorskor upplevde de förändringar som skett inom svensk förlossningsvård de senaste 20 åren. De beskriver att barnmorskors yrkesstolthet associeras med hantverket, den traditionella kunskapen och det praktiska yrkeskunnandet, men att det värderas allt mindre och blir allt fattigare för varje ny generation barnmorskor och riskerar att försvinna. En fråga vi då ställer oss är om det traditionella hantverket faller allt mer i glömska och den nya generationen blir allt mindre skolade i kunskapen hur man på bästa sätt kan stödja och guida en kvinna genom hennes förlossning. Hur blir det med barnmorskeprofessionen i framtiden då, hur kommer den att se ut? Är detta ett förlegat sätt att se på barnmorskeprofessionen eller är det något vi borde stå upp för och värna om?

VIDARE FORSKNING

Vi har under våra artikelsökningar om hemförlossning inte stött på någon artikel som beskriver negativa upplevelser. Det enda negativa som kom fram i denna undersökning var det faktum att det var svårt att stå utanför sjukvårdssystemet då det medförde krävande arbetsvillkor för barnmorskorna. Vi eftersöker en mer nyanserad bild av fenomenet hemförlossning.

Barnmorskorna beskriver arbetsvillkoren för dem som hemförlösande barnmorskor, med långa jourer och bristfällig ekonomisk ersättning. En fråga som vi ställt oss är vad är egentligen deras drivkrafter att fortsätta med sina verksamheter?

KONKLUSION

Studien visar att hemförlossning för barnmorskor kan vara en stark upplevelse som även kan berika barnmorskans yrkeskunskap. Hemmiljön kan ge möjlighet att skapa ett lugn som kan hjälpa barnmorskan att fokusera på sitt arbete. En planerad hemförlossning kan dock också innebära personliga uppoffringar för barnmorskan.

REFERENSER

1. Lundgren I. Förlossningsvårdens historia i: Berg M & Lundgren I. Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur AB, 2010
2. Lindgren H. Hemförlossning i: Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I, Lundgren I. Lärobok för barnmorskor (3:e uppl.) Lund: Studentlitteratur AB, 2009.
3. Höjeberg P. Barnmorskans historia i: Berg M, Lundgren I. Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur AB, 2010
4. Lundgren I. Vård vid normalt barnafödande i: Berg M, Lundgren I. Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur AB, 2010
5. Waldenström U. Föda barn på ABC. Malmö: Team offset; 1993.
6. Christiaens W, Nieuwenhuijze MJ, De Vries R. Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands. *Midwifery* 2013 Jan;29(1):e1-8.
7. Lindgren H. Hemförlossningar i Sverige 1992-2005 [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 2008.
8. Janssen P A, Saxell L, Page L A, Klein M C, Liston R M, Lee S K. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ* 2009; 181:377-83.
9. Wiklund I, Lindvall K, Andreen Sachs M. Stockholms läns landsting betalar hemförlossning i visa fall. *Läkartidningen* 2003;100:51-52.
10. Hildingsson I, Waldenström U, Rådestad I. Swedish women's interest in home birth and in hospital birth center care. *Birth* 2003;30(1):11-22.
11. Lindgren H, Rådestad I, Hildingsson I. Transfer in home planned home births in Sweden – effects on the experience of birth: A nationwide population study. *Sexual & reproductive healthcare* 2011;2:101-105.
12. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerade barnmorskor. 2006 (Hämtad 2012-12-27) <http://www.socialstyrelsen.se>
13. WHO (World health organization). Care in normal birth: a practical guide 1996. (Hämtad 2012-12-27) http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

14. ICM (International Confederation of Midwives). Den internationella etiska koden för barnmorskor. 2008 (Hämtad 2012-12-27) <https://www.internationalmidwives.org>
15. Lundgren I. Stöd under förlossningen i: Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I, Lundgren I. Lärobok för barnmorskor (3:e uppl.) Lund: Studentlitteratur AB, 2009. Kap 2.
16. Berg M, Lundgren I. Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande kap 12 (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur AB, 2010.
17. Sjöblom I, Nordström B, Edberg A. A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. Midwifery 2006;22:348-55.
18. Berg M, Olafsdottir O A, Lundgren I. A midwifery model of woman-centred childbirth care – in Swedish and Icelandic settings. Sexual & reproductive healthcare. In press 2012.
19. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyer GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;10.
20. Folkhälsoguide. Informationsmaterial: Vad betyder empowerment? (Hämtat 2012-12-28) <http://www.folkhalsoguiden.se/Informationsmaterial>
21. Berg M. Vårdandets värdegrund vid barnafödande i: Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur AB, 2010.
22. Hermansson E, Mårtensson L. Empowerment in the midwifery context- a concept analysis. Midwifery 2011;27 811-816.
23. Cheney M J. Homebirth as system-challenging praxis: knowledge, power, and intimacy in the birthplace. Qual Health Res 2008;18(2):254-67.
24. Lindgren H, Rådestad I J, Christensson K, Wally-Bystrom K, Hildingsson M. Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth. Midwifery 2008;26:163-172.
25. de Jonge A, van der Goes BY, Ravelli ACJ, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. BJOG 2009; 116:1177-84.
26. Birthplace in England collaborative group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the birthplace in England national prospective cohort study. BMJ 2011;343:d7400.
27. de Jonge A, Mesman J A, Manniën J, Zwart J J, van Dillen J, van Roosmalen J. Severe adverse maternal outcomes among lowrisk women with planned home versus hospital

- births in the Netherlands: nationwide cohort study. *BMJ* 2013;346:f3263.
28. Olsen O, Clausen J A. Planned hospital birth versus planned home birth The Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; 9.
 29. Lindgren H E, Rådestad I J, Christensson K, Hildingsson I M. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:751-59.
 30. Lundgren I. Women's experiences of giving birth and making decisions whether to give birth at home when professional care at home is not an option in public health care. *Sexual & reproductive healthcare* 2010;1:61-66.
 31. Lindgren H, Hildingsson I, Rådestad I. A Swedish interview study: parents' assessment of risks in home births. *Midwifery* 2006;22:15-22.
 32. Lindgren H, Erlandsson K. Women's experiences of empowerment in a planned home birth: A Swedish population-based study. *Birth* 2010;37(4):309-17.
 33. Floyd L. Community midwives' views and experience of home birth. *Midwifery* 1995;11:3-10.
 34. Vedam S, Stoll K, White S, Aaker J, Schummers L. Nurse-Midwives' experiences with planned home birth: Impact on attitudes and practice. *Birth* 2009;36(4):274-82.
 35. Blix E. Avoiding disturbance: Midwifery practice in home birth settings in Norway. *Midwifery* 2011;27(5):687-92.
 36. Vedam S, Schummers L, Stoll K, Klein M C, Fairbrother N, Dharamsi S, Liston R, Chong G K, Kaczorowski J. The Canadian birth place study: Describing maternity practice and providers' exposure to home birth. *Midwifery* 2012;28: 600-608.
 37. Wibeck V. Fokusgrupper. Lund: Studentlitteratur;2000.
 38. Henricson M (red). Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. 1 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012.
 39. Lundman B, Hällgren-Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B (red) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012. s.187 – 201.
 40. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 2008;62(1):107-15.

41. CODEX. Regler och riktlinjer för forskning. (Hämtad 2012-12-29) <http://codex.vr.se/>
42. EPN (Etikprövningsnämnden) (Hämtad 2012-12-29) <http://www.epn.se/sv/start/startside/>
43. Lundgren I, Dahlberg K. Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery* 1998;14:105-10.
44. Larsson M, Aldegarmann U, Aarts C. Professional role and identity in a changing society: Three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery* 2009;25:373-81.
45. Hildingsson I, Westlund K, Wiklund I. Burnout in Swedish midwives. *Sexual & reproductive healthcare*. In press 2013.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Bilaga1.

Till dig som arbetar med planerade hemförlossningar

Fokusgruppsintervju om barnmorskors upplevelse av att arbeta med planerad hemförlossning

Det finns forskning, både i ett nationellt och internationellt perspektiv som beskriver kvinnors upplevelser av att föda hemma. Däremot finns det få studier om barnmorskors upplevelser av hemförlossning. Vi vill med denna studie belysa barnmorskors upplevelse av att arbeta med hemförlossningar. Eftersom Du har erfarenhet av hemförlossning skulle det vara värdefullt om Du vill delta i denna studie.

Studien görs inom ramen för examensarbete på avancerad nivå inom Barnmorskeprogrammet vid Göteborgs universitet och handleds av en lektor vid institutionen.

Studien utgörs av en diskussionsbaserad fokusgruppsintervju som innebär ett samtal mellan 4-6 deltagare och intervjuare. Följande frågor kommer att behandlas:

- ❑ Vad är det som gör att ni har valt att arbeta med hemförlossning?
- ❑ Hur upplever ni arbetsmiljön och risker i samband med hemförlossning?
- ❑ Hur är det att arbeta med hemförlossning jämfört med sjukhusförlossning?

Intervjun beräknas ta 1 – 1,5 timma och kommer att spelas in för att datainsamlingen senare ska kunna bearbetas. Tid och plats enligt överenskommelse

Allt som bandats vid intervjun kommer att behandlas konfidentiellt och i bearbetningen av materialet kommer innehållet oidentifieras så att ingens identitet kommer igenkännas.

Deltagandet i denna studie är helt frivilligt och du kan närsomhelst under intervjun avbryta medverkan utan att ange något som helst skäl för detta. Om du önskar ytterligare information går det bra att vända sig till någon av nedanstående personer.

Maria Ahl
Student vid barnmorskeprogrammet
Tel. 070-74 689 17
Mail: gusahl33@student.gu.se

Anki Asklund
Student vid barnmorskeprogrammet
Tel. 070-57 607 84
Mail: gusaskluan@student.gu.se

Handledare: Ingela Lundgren
Universitetslektor, Göteborgs universitet
Tel. 031-786 6052 Mail: ingela.lundgren@gu.se

Bilaga 2.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kondenserat innehåll	Koder	Kategorier
<i>"Det är ju så mycket lättare att bli avspänd för mig vid en hemförlossning, för jag vet att det kommer ingen och knackar på dörren. Alla ljud som är på en förlossningsavdelning har jag stört mig på det sista, lustgasen bsiiii, apparater, till och med termometern piper. Det är så mycket syntetiska ljud. Hur skall man få utrymme att kunna lyssna inåt. Höra hennes andning."</i>	<i>Lättare att arbeta avspänt vid hemförlossning. Inga störande moment. Alla dessa störande ljud som finns på en förlossningsavdelning. Hur ska man kunna uppfatta kvinnans signaler.</i>	<i>Arbete med hemförlossning är mer ostört än på förlossningsavdelning. Hemförlossning innebär större möjlighet till lyhördhet</i>	Få arbeta i egen takt	Ostördhet
<i>"En mänsklig rättighet att få föda, att verkligen få föda sitt barn. Att även få födas själv, att bli mamma, eller till och med dem som blir kvinnor när de föder, som kanske inte ens är där innan, som behöver gå igenom så mycket. Det är ju väldigt mänskliga rättigheter eller kvinnans rättigheter, att få stöd, att verkligen få göra det fullt ut. Då är vi rätt när vi kan vara där, där allt får finnas med...även relationen."</i>	Det är en mänsklig rättighet att få möjlighet att föda sitt barn och att födas själv som människa, att få växa i rollen som blivande mamma. Att få göra det fullt ut. Det är kvinnans rättighet att få stöd i detta fullt ut.	Vid födseln ges kvinnan möjlighet till inre utveckling inom fler dimensioner och då är vi rätt när vi ger förutsättningar för att det ska få ske.	Stödja kvinnan fullt ut	Ostördhet
<i>Vi är inte alls följsamma till just det unika i den relationen mellan den här mamman och barnet. Varje kvinna och barnkonstellation är ju unik i sig och vi behandlar dem inom sjukvården som en norm, som ett löpande band, bara de är som alla andra"</i>	Inom sjukvården är fäster vi ingen större uppmärksamhet kring den unika mor- och barnrelationen. Det fungerar som på en fabrik där allt görs på rutin	Sjukhusmiljön har inga förutsättningar att se till det unika i varje mor- och barnkonstellation. Det finns ingen tid.	Stressig miljö på sjukhuset	Ostördhet
<i>" ... på ett sjukhus är det sådant enormt brus så du har svårt att lyssna till din egen, intuition är ett konstigt ord, men till din barnmorske-profession, till det du känner i dina händer, det du hör och det du upplever under tid. För passerar du tre fyra salar, kanske du tar emot flera möten på en kväll. Hur skall du då förhålla dig till just den här kvinnan och det här barnet som håller på att födas just nu"</i>	På en förlossningsavdelning finns det så mycket störmoment som förminskar barnmorskans hantverk, hörseln, synen, känslan, intuitionen. Det stora flödet av födande kvinnor gör det svårt att hålla fokus.	Barnmorskans hantverk, redskap förminskas med alla de störmoment som finns på en förlossningsavdelning .	Hantverket	Att få utöva hantverket

<i>"Det är jättetydliga kriterier, det som är normalt det är ju barnmorskans ansvar, det som inte är normalt det är inte barnmorskans ansvar. Det är rätt intressant men på kliniken är det mycket suddigare för att man skapar onormala situationer."</i>	Barnmorskan ansvarar för det normala. På vårdavdelning blir begreppet normalt diffusare då situationer skapas som kräver interventioner.	Förlossningssituationer som skapas på förlossningsavdelning kan försvåra uppfattningen av vad som är ett normalt förlopp	Hantverket	Att få utöva hantverket
<i>"Hemförlossningar lär oss vad födande är för där styr vi inte. Vi lär oss hur ett organiskt förlopp ser ut. Det ser vi inte på förlossningen för där styr vi, så vi tappar vad som är normalt, vi suddar ut begreppet vad är egentligen normalt, vad är det att föda"</i>	Vid hemförlossning lär vi oss om det normala förloppet. På förlossningsavdelning styr vi. Begreppet och den kliniska blicken för det normala förloppet förminskas	Vid hemförlossning stärks barnmorskans redskap/sinnen då hon lär sig hur det naturliga förloppet ser ut.	Utvecklas som barnmorska	Att få utöva hantverket